

13. Семенов Ф.В., Шульгатая Ю.Л. Диапазон сердечно-дыхательного синхронизма у больных острой формой нейросенсорной тугоухости // Кубанский научный медицинский вестник. – 2003. № 3(64). – С.17-18.

14. Семенов Ф.В., Лазарева Л.А. и др. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке адаптивно-компенсаторных возможностей

организма больных в острый период поражения звуковоспринимающего аппарата // Российская оториноларингология. – 2004. – № 6(13). – С.27-31.

15. Alternative View on the Mechanism of Cardiac Rhythmogenesis. Heart, Lung Circ. 2003. Vol.12.Issue 1, pp.18-24.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОФИЛАКТИКУ И РЕАБИЛИТАЦИЮ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

*ШМЕЛЕВА С.В., доцент кафедры социальной медицины и адаптивной физической культуры
Российский государственный социальный университет*

Ключевые слова: менопаузальные расстройства, ММИ, ожирение, остеопороз, переломы, пожилые женщины.

АННОТАЦИЯ

Смертность от поздних осложнений менопаузального синдрома, таких, как остеопороз, ИБС, атеросклероз составляет в России 63,0%. Обследовано 265 женщин в возрасте 49-71 год с естественной менопаузой. Среди метаболических симптомов преобладают мышечные боли и выше риск развития остеопороза и переломов. Пациентки с тяжелой степенью нейровегетативных симптомов страдают выраженными психоэмоциональными расстройствами. На степень психоэмоциональных симптомов влияют наличие артериальной гипертензии и заболевания сердечно-сосудистой системы. Менопаузальные нарушения влияют на настроение, нередко вызывая депрессию. Жаловались на падения пациентки, редко получающие инсоляцию. На степень модифицированного менопаузального индекса (ММИ) влияет не столько ожирение, сколько возраст женщин, длительность менопаузы, возраст менархе и менопаузы, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет.

ВВЕДЕНИЕ

Менопаузальные расстройства не являются нозологической формой, определенная патогенетическая основа, очерченность и клиническая значимость придают им существенное значение. Вышеуказанные расстройства могут манифестироваться четырьмя группами симптомокомплексов: психоэмоциональными, вазомоторными, метаболическими и урогенитальными нарушениями [7, 8].

Вегетососудистые и психоэмоциональные расстройства, субъективно наиболее беспокоящие женщину, являются как бы «переходными» симптомами, которые быстро смягчаются либо исчезают полностью, уступая место обменно-эндокринным [3, 9]. Они представляют наибольшую опасность для здоровья женщины, проявляясь в таких заболеваниях, как остеопороз, инсульт, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт, нередко способствуют потере трудоспособности, нарушению психосоциальной адаптации в семейной, профессиональной и интеллектуальной сферах жизни женщины, а порой приводят к инвалидизации [2, 4, 5]. Смертность от поздних осложнений менопаузального синдрома, таких как остеопороз, ИБС, атеросклероз в развитых странах составляет 25,8%, а в России 63,0% [1, 6, 10].

Цель исследования: оценить характер и факторы риска, влияющие на степень тяжести менопау-

зальных расстройств с помощью корреляционного анализа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с целью настоящего исследования и для решения поставленных задач проведено обследование 265 женщин менопаузального возраста, находящихся на лечении в лечебно-профилактических учреждениях г. Москвы (ГКБ № 60, ЦКБ РАН, ж/к № 54), доме ветеранов общего профиля.

Обследуемые были разделены на три клинические группы. Первая группа представлена 105 женщинами в возрасте 49-56 лет, средний возраст $51,4 \pm 1,8$. Во вторую группу вошли 80 пациенток в возрасте 57-65 года, средний возраст $60,5 \pm 3,0$. Третью группу составили 80 больных в возрасте 66-71 год, средний возраст $68,9 \pm 1,8$. Проводили ультразвуковую денситометрию голеностопного сустава, оценивали модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) по шкалам нейровегетативных, эндокринно-метаболических, психоэмоциональных нарушений.

Слабая степень нейровегетативных расстройств преобладает в возрасте 49-56 лет у 45,0%, по сравнению с возрастом 57-65 лет – у 20,0%; умеренная степень – у 40,0% - в 3-й группе в отличие от 2-й группы – 22,0%; тяжелая степень прогрессирует с возрастом, так, у каждой второй пациентки во 2-й и 3-й группах.

Важно подчеркнуть, что средние параметры нейровегетативных расстройств составили в 1-й группе $23,7 \pm 4,5$ (95% д.и. 30-14) балла, во 2-й группе $20,8 \pm 6,9$ (95% д.и. 33-6) балла, в 3-й группе $22,2 \pm 4,6$ (95% д.и. 32-13) балла. Соотношение критерия значимости различий по частоте нейровегетативных симптомов показало существенную разницу между больными в возрасте 49-56 лет и 66-71 годом ($p < 0,05$).

При корреляционном анализе отмечено, что чем больше беременностей имели женщины, тем выше степень нейровегетативных симптомов ($r = 0,90$). Женщины с умеренной степенью нейровегетативных расстройств имеют тяжелые нарушения мочеиспускания ($r = 0,68$).

Среди метаболических симптомов преобладали мышечные боли ($r = 0,78$) и выше риск развития остеопороза и переломов. Чем реже пациентки выходят на улицу (особенно находящиеся в доме ветеранов), получают изредка инсоляцию, тем выраженнее метаболические симптомы ($r = -0,81$). При возрастании нейровегетативных расстройств ухудшается психоэмоциональное состояние женщины, значительно снижая качество жизни ($r = 0,77$).

У больных в возрасте 49-56 лет наблюдаются метаболические расстройства слабой степени у 38,0% и умеренной степени у 45,0%. Следует отметить, что

с увеличением возраста прогрессируют ожирение, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, более выражены атрофия гениталий и мышечно-суставные боли, нарастают метаболические симптомы тяжелой степени у 50,0% в 57-65 лет и 66-71 год.

Средние значения метаболических расстройств составили в 1-й группе $6,2 \pm 2,8$ (95% д.и. 13-2) баллов, во 2-й группе $6,3 \pm 3,8$ (95% д.и. 18-1) баллов, в 3-й $7,1 \pm 3,3$ (95% д.и. 14-2) баллов. Психоэмоциональные симптомы слабой степени в возрасте 49-56 лет у 57,7% больных, в отличие от возрастной группы 66-71 год – 17,3%; умеренной степени 21,1% – в 57-65 лет, а 47,8% – в 66-71 год и тяжелая степень – 14,3% в 1-й группе и 57,1% – в 3-й группе. С возрастом повышается утомляемость, изменяется аппетит, появляются плаксивость и раздражительность, нарушается либидо, снижается память, все это усиливает тяжесть психоэмоциональных нарушений.

Пациентки с тяжелой степенью нейровегетативных симптомов страдают выраженными психоэмоциональными расстройствами ($r=0,77$), так в возрасте 49-56 лет в среднем достигали $10,6 \pm 2,2$ (95% д.и. 15-7) баллов, в 57-65 лет – $9,4 \pm 3,5$ (95% д.и. 17-3), в 66-71 год – $11,3 \pm 2,7$ (95% д.и. 16-6) баллов. На их степень влияют наличие артериальной гипертензии ($r=0,81$) и заболевания сердечно-сосудистой системы ($r=0,73$). Вдовы и одинокие женщины отмечают более выраженные расстройства в эмоциональной сфере ($r=0,77$), и у них хуже психологическая атмосфера в семье и с родственниками ($r=0,86$). Достоверно подтверждена выраженность психоэмоциональных расстройств с увеличением возраста ($p<0,05$). Дисперсионный анализ подтвердил нарастание степени тяжести психоэмоциональных симптомов в 66-71 год по сравнению с больными в 57-65 лет ($p<0,05$) (см.табл.).

Таблица.

Симптомы ММИ в трех возрастных группах, %.

Симптомы (степени)	49-56 лет	57-65 лет	66-71 год
нейровегетативные			
слабая	46,0	20,0	34,0
умеренная	39,0	21,0	40,0
тяжелая	-	50,0	50,0
метаболические			
слабая	39,0	23,0	38,0
умеренная	36,0	17,0	47,0
тяжелая	-	50,0	50,0
психоэмоциональные			
слабая	57,7	25,0	17,3
умеренная	31,1	21,1	47,8
тяжелая	14,3	28,6	57,1

В возрасте 49-56 лет у 42,4% больных наблюдалась слабая степень ММИ, в отличие от женщин в возрасте 57-71 год у 28,8%. Умеренная степень ММИ, наоборот, отмечена в 3-й группе у 42,2% обследованных, в отличие от 2-й группы у 19,5%. Величина ММИ выше при большем количестве психоэмоциональных нарушений ($r=0,74$). С увеличением возраста и длительности менопаузы возрастают количество и тяжесть менопаузальных расстройств. Дисперсионный анализ подтвердил различия в ММИ между больными в возрасте 57-65 лет и 66-71 годом ($p<0,05$), а также существенные различия среди всех обследованных ($p<0,05$). Женщины с заболеванием щитовидной железы имеют более тяжелую степень

ММИ ($r = 0,95$). При наличии ИБС, стенокардии, артериальной гипертензии величина ММИ выше ($r=0,72$). ММИ коррелирует с нарушением мочеиспускания при физической нагрузке ($r = 0,72$) и попыткой задержать мочеиспускание ($r = 0,69$). Более тяжелые симптомы ММИ имеют пациентки с ожирением ($r=0,73$). У больных сахарным диабетом слабая степень ММИ была у 15,3% и у 18,5% – умеренная степень.

Слабая степень ММИ поставлена 34,8% больным с 1 степенью ожирения, 29,3% со 2 степенью ожирения и 11,8% с 3 степенью. Умеренная степень ММИ отмечена у 65,2% с 1 степенью ожирения, 70,7% со 2 степенью ожирения и 88,2% с 3 степенью. Вероятно, данное обстоятельство можно объяснить тем, что помимо степени ожирения на менопаузальные расстройства влияет возраст женщины, время начала менархе и менопаузы (см. рис.). Чем выраженнее ожирение, тем тяжелее степень ММИ ($r = 0,73$).

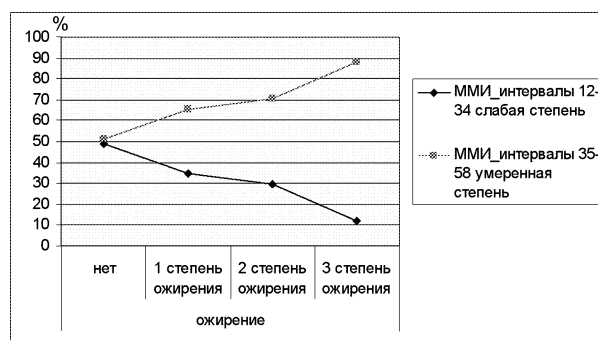


Рис. Степень модифицированного менопаузального индекса и ожирение.

Более тяжелые менопаузальные расстройства имели пациентки в возрасте старше 66 лет – 42,2%, в отличие от больных 57-65 лет – 19,5%, что подчеркивает нарастание метаболических нарушений с возрастом ($p<0,05$).

Среднее значение ММИ для всех пациенток составляет $38,3 \pm 10,3$ (95% д.и. 57-3) баллов. Для 1-й группы больных ММИ имеет среднее значение – $40,5 \pm 7,9$ (95% д.и. 55-24) балла, для 2-й группы $34,4 \pm 12,8$ (95% д.и. 55-3) балла и для 3-й группы – $40,6 \pm 8,0$ (95% д.и. 57-23) баллов.

Менопаузальные нарушения влияют на настроение, нередко вызывая депрессию ($r = 0,67$). При увеличении психоэмоциональных расстройств возрастает ММИ ($r = 0,74$).

Психоэмоциональные расстройства имеют обратную корреляцию с остеопорозом ($r=-0,75$). Основными клиническими симптомами остеопороза являются боли в поясничном и грудном отделах позвоночника, в коленных и тазобедренных суставах. Боли, как правило, развивались в пременопаузальном периоде и достигали наибольшей интенсивности в первые 3-5 лет менопаузы.

При слабой степени ММИ мышечные боли редко у каждой второй больной, периодически у 36,7%, в отличие от умеренной степени ММИ, где метаболические расстройства нарастают: у 63,3% периодические боли в суставах и поясничном отделе, постоянно у 86,0% пациенток. Пациентки, не выходящие на улицу, чаще жаловались на боли в поясничном и крестцовом отделах ($r = -0,68$).

Мышечные боли были редко: 64,1% в возрасте 49-56 лет, 23,1% в 57-65 лет и 12,8% в 66-71 год; периодические: 36,7% в 1-й группе, 32,7% во 2-й группе, 30,6% в 3-ей группе; постоянные боли: у 14,0% в 1-й группе, 16,0% во 2-й группе, 70,0% в 3-й группе. Получена обратная корреляция при наличии заболеваний мочевыделительной системы и характерных мышечных болей ($r = -0,73$).

34,0% больных, почти не выходящих на улицу и живущих в доме ветеранов, жаловались на «постоянные боли» в поясничном и/или крестцовом отделах, коленном и/или тазобедренном суставах. Имеющиеся инсоляция редко, отмечали мышечные боли «изредка» – 43,6%, «периодические боли» – 38,8% и «постоянные боли» – 42,0% пациенток. Женщины, совершающие прогулки и получающие инсоляцию заметно реже, предъявляли жалобы на «периодические боли» – 32,7%, «постоянные боли» – 24,0%.

Падения отмечены у 28,5% 1-й группы, 14,1% во 2-й группе, 18,0% в 3-й группе. Нарастание частоты переломов отмечено у женщин старше 55 лет – 30,0%, до 51 лет переломы крайне редки и обычно возникают при сильном травматическом воздействии.

Возраст не является абсолютным фактором риска для возникновения переломов ($r = -0,76$).

Выявлено значимое нарастание риска перелома у обследованных с возрастом менархе (старше 14 лет) по сравнению с более ранним началом. Определенное значение имеет продолжительность детородного периода, этот признак может быть более эффективным при выявлении женщин с риском развития остеопороза по сравнению со временем наступления менархе.

При слабой степени ММИ падения зафиксированы у 41,9% и 58,1% – при умеренной степени ММИ. Переломы у 32,0% при слабой степени, а при умеренной степени ММИ – у 68,0% пациенток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При корреляционном анализе получено, что пациентки, имеющие повышенные физические нагрузки, имеют риск гипертонической болезни ($r = 0,75$), сердечно-сосудистых заболеваний ($r = 0,67$). Женщины пожилого возраста, выполняющие домашнюю работу, имели меньший риск переломов при отсутствии функциональных ограничений, если же таковые имелись, то риск перелома увеличивался. У женщин пожилого возраста, ведущих малоподвижный образ жизни и лишенных инсоляции, выше степень метаболических расстройств ($r = -0,81$).

Результаты обследования показали, что у женщин менопаузального возраста, ведущих малоподвижный образ жизни «прогулки меньше получаса», падения и переломы были в 26,9%, возможно, вследствие редкого выхода на улицу, по сравнению с пациентками, которые гуляют ежедневно «от получаса до часа», падения в 27,4%, а переломы – 17,7%, при активной физической нагрузке «более двух часов» – падения у 40,0%, переломы у 10,0%.

Инсоляцию получали «редко» 15% женщин в возрасте 57-65 лет, 51,7% в 49-56 лет, не выходили на улицу или бывали очень редко на открытом воздухе – 52,4% в 3-й группе и по 23,8% в 1-й и 2-й группах.

Дефицит витамина D нарастает у пожилых женщин вследствие редкого пребывания на открытом воздухе и снижения абсорбции витамина D₂ в кишеч-

нике. Уменьшение уровня кальцитриола нарушает нервно-мышечную проводимость и усугубляет мышечную слабость, что значительно повышает риск падений. Следует подчеркнуть, что не отмечено падений у больных, хотя бы изредка выходящих на улицу, – 65,0% и часто совершающих прогулки – 68,1%. Жаловались на падения 21,7% пациенток, редко получающих инсоляцию, и 8,5%, регулярно выходящих на открытый воздух.

ВЫВОДЫ

На степень ММИ влияет не столько ожирение, сколько возраст пациенток, длительность менопаузы, возраст менархе и менопаузы, инсоляция, двигательная активность, соматические заболевания (сердечно-сосудистые, сахарный диабет), остеопороз, что предполагает своевременное выявление групп риска по развитию тяжелой степени: нейровегетативных, метаболических и психоэмоциональных расстройств для улучшения качества жизни женщин пожилого возраста. Поскольку медико-социальное и экономическое значение остеопороза определяется высокой частотой и тяжестью остеопоротических переломов, главной целью профилактики является снижение риска возникновения падений и переломов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абусева З.А., Стрижова Н.В., Берестовая Н.А. Постменопауза и возрастные особенности локализованного остеопороза //Акуш. и гин. – 2005. – № 2. – С. 50-52.
2. Беляев Д.В. Остеопороз у женщин в постменопаузальном периоде с артериальной гипертензией и ИБС: Автореф. дис. ... канд. мед. наук – Ярославль, 2004. – 22 с.
3. Душейко О.Ю. Коррекция гормонально-метаболических нарушений в перименопаузе у женщин с абдоминальным типом ожирения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук – Ростов -на-Дону, 2003. – 24 с.
4. Манухин И.Б., Попков С.А., Гальцова Н.Е. и др. Влияние менопаузы на антитромбогенную активность сосудистой стенки //1-й Росс. конгресс по менопаузе, сборник тезисов. – 2001. – С. 25.
5. Насонов Е.Л. Остеопороз и заболевания сердечно-сосудистой системы //Кардиология – 2002; 3: С. 80-82.
6. Павлова А.П. Клинические и метаболические последствия хирургической и естественной менопаузы и их гормональная коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук – Барнаул, 2004. – 23 с.
7. Рожинская Л.Я. Современная стратегия профилактики, лечения остеопороза //Русс. мед. журнал – 2005. – № 6. с.344-352.
8. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. и др. Период постменопаузы: климатерические расстройства, изменения в матке и яичниках // Врач – 2002. – № 8. – С. 3-6.
9. Carter N.D., Khan K.M., McKay H.A. et al. Community-based exercise program reduces risk factors for falls in 65- to 75-year-old women with osteoporosis: randomized controlled trial //Cmaj. – 2002. – Vol. 167, № 9. – P. 997-1004.
10. Cheung A.M., Feid D.S., Kapral M. et al. Prevention of osteoporosis and osteoporosis fractures in postmenopausal women: recommendation statement from Canadian Task Force on Preventive Health Care //CMAJ. – 2004. – Vol. 170. – P. 1503-1513.

Резюме

На менопаузальные расстройства влияют возраст женщины, время начала менархе и менопаузы, степень ожирения, что предполагает своевременное выявление групп риска по развитию тяжелой степени: нейровегетативных, метаболических и психоэмоциональных расстройств. У женщин пожилого возраста, ведущих малоподвижный образ жизни и лишенных инсоляции, выше степень метаболических расстройств. Пациентки, не выходящие на улицу, чаще жаловались на боли в поясничном и крестцовом отделах. При возрастании нейровегетативных расстройств ухудшается психоэмоциональное состояние женщины, значительно снижая качество жизни.

Conclusion

Menopause diseases depends on woman's age, on time of beginning menarche and menopause and the high level of the body mass, that presumes earlier notification of the groups with potential of development of serious diseases as: neurovegetation, metabolic and psychoemotional. Edged women with low moving way of life without insolation have the higher level of metabolic diseases. Patients who do not go outside of their homes often say about a pain in a back and in a low back. Then negative demises getting worse the psychoemotional state getting worse as well with a huge damaging of the quality women's life.